EIN NEUER FALL

VON

SECTIO CAESAREA VAGINALIS

(NACH DÜHRSSEN)

AM ENDE DER GRAVIDITÄT MIT TOTALEXSTIRPATION DES UTERUS WEGEN CARCINOMS DER PORTIO.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr A. DÖDERLEIN

O. Ö. PROF. DER GEBURTSHILFE, VORSTAND DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK

DER MEDICINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT VON

HUGO RIEGG

APPROB. ARZT AUS ÖDHEIM

TÜBINGEN 1899

DRUCK VON H. LAUPP JR.

EIN NEUER FALL

VON

SECTIO CAESAREA VAGINALIS

(NACH DÜHRSSEN)

AM ENDE DER GRAVIDITÄT MIT TOTALEXSTIRPATION DES UTERUS WEGEN CARCINOMS DER PORTIO.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr A. DÖDERLEIN

O. Ö. PROF. DER GEBURTSHILFE, VORSTAND DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK

DER MEDICINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT VON

HUGO RIEGG

APPROB. ARZT AUS ÖDHEIM

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

TÜBINGEN 1899

DRUCK VON H. LAUPP JR.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552310_0105

Die Errungenschaften der Bakteriologie, Antiseptik resp. Asepsis der letzten Jahrzehnte haben in Chirurgie und Gynäkologie grosse Fortschritte gezeitigt, namentlich durch das Hinzutreten einer grossen Zahl neuer Operationen von mehr weniger schwieriger Technik.

Anders verhält es sich damit in der Geburtshilfe. Allerdings hat auch sie einen unschätzbaren Anteil an diesen Segnungen genommen, was die Gefahren der geburtshilflichen Operationen resp. die bei denselben früher in erschreckender Anzahl vorgekommenen Infektionen anlangt. Dagegen hat die Geburtshilfe keine Erweiterung resp. Vermehrung der geburtshilflichen Operationen erfahren, wenn man von der Porro'schen Modifikation des klassischen Kaiserschnittes absehen will.

Nun ist aber auch hier erfreulicherweise ein Fortschritt zu verzeichnen, indem Dührssen im Jahre 1896 zum ersten Male eine neue Operation aus- und eingeführt hat. Es ist die von Dührssen genannte Sectio caesarea vaginalis.

Es sei mir gestattet, hier gleich die Geschichte der neuen Operation kurz vorwegzunehmen.

Nachdem Dührssen im April 1895 zuerst gelegentlich einer Abhandlung „Ueber die Behandlung der Eclampsie" mit den Worten „dass bei Eclampsie in der Schwangerschaft der Specialist die rasche Entleerung des Uterus mittels Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, sowie medianer Incision der vorderen Cervixwand und des unteren Uterussegments bewerkstelligen könne," die neue Operationsmethode angegeben und in einem im Januar 1896 gehaltenen Vortrage abermals empfohlen hatte, führte er die Sectio caesarea vaginalis erstmals am 24. April 1896 an einer Frau H. am Ende der Schwangerschaft aus und zwar mit Glück.

Die erste Anregung dazu erhielt Dührssen durch die von Czerny zuerst angegebene und ausgeführte „vaginale Myomotomie", welche als eine Art Vorläufer der Dührssen'schen Sectio c. vaginalis bezeichnet werden kann, insofern als man in der vaginalen

Myomotomie und in den Modifikationen derselben durch Doyen und Veit „die verschiedenen Operationsphasen vorgezeichnet findet, welche auch beim vaginalen Kaiserschnitt in Betracht kommen", wie sich Dührssen selbst ausdrückt.

Was nun die nach den Vorschriften von Dührssen operierten Fälle betrifft, so lässt sich darüber kurz folgendes sagen:

Zunächst hat man hier Fälle zu unterscheiden, in denen die Sectio c. vaginalis allein ausgeführt wurde, dann wieder solche, in welchen unmittelbar an den vaginalen Kaiserschnitt die Totalexstirpation des Uterus (meist wegen Portiocarcinoms) angeschlossen wurde.

Dazu kommt noch ein sehr wichtiger Unterscheidungspunkt, wichtig und ausschlaggebend für die Häufigkeit der Anwendung der Dührssen'schen Methode und damit für den Wert der Operation überhaupt. Es ist dies die Frage: Kann nach dieser Methode auch am Ende der Gravidität operiert werden? Glücklicherweise kann die Frage bejaht werden, denn gerade der mir durch die Güte des Herrn Prof. Dr. Döderlein zur Veröffentlichung überlassene Fall spricht sehr dafür.

Wir legen also bei der Auswahl der hier zur Sprache kommenden Fälle das Hauptgewicht darauf, dass die Sectio caesarea vaginalis resp. die daran anschliessende Exstirpation des Uterus am Ende der Schwangerschaft ausgeführt wurde.

Bis jetzt ist allerdings die Zahl dieser am Ende der Schwangerschaft ausgeführten Fälle eine geringe. Um so mehr aber lohnt es sich, dieselben uns näher vor Augen zu führen, was im folgenden geschehen soll. Im ganzen sind es dieser Fälle 4, die ich in chronologischer Reihenfolge aufführen will und zwar die 3 ersten kürzer, Fall 4 (Döderlein) ausführlich.

Fall 1 (Dührssen) 24. April 1896.

Frau H., 31 Jahre alt IV. para mit fast völligem Prolaps des $9^1/_2$ cm langen retrovertierten Uterus, totalem Prolaps der vorderen Vaginalwand, sekundärem Prolaps des hinteren Scheidengewölbes, kommt dieser Beschwerden wegen am 19. Nov. 1894 in die Poliklinik von Dührssen, wo ihr die operative Beseitigung des Leidens — durch Vaginofixation — vorgeschlagen wird, worauf Patientin eingeht.

Am 26. Nov. 1894 wird Patientin operiert und am 9. Dez. 1894 nach völlig normalem Verlauf mit gut anteflektiertem Uterus und engem langgestrecktem Vaginalrohr entlassen. Derselbe Befund bei späteren Untersuchungen.

Am 6. Nov. 1895 wurde Schwangerschaft festgestellt. Auf Anraten suchte sie zwecks Entbindung die Klinik auf.

Befund am 23. April 1896:

Kräftige grosse Frau, Leibesumfang 112 cm, Fundus handbreit über dem Nabel, 2 Querfinger breit vom Rippenbogen entfernt. Kopf auf der linken Darmbeinschaufel, Steiss rechts oben, kleine sich lebhaft bewegende Teile in der Mittellinie; Herztöne nicht zu hören, sämtliche Kindsteile sehr gross. Beckenmasse 31, 32, 30.

Innere Untersuchung: Scheideneingang dehnbar, Portio hochstehend, nur andeutungsweise vorhanden, Muttermund festgeschlossen mit einem Durchmesser von ca. $^1/_2$ cm, vorderes Scheidengewölbe trichterförmig in die Höhe gezogen. Wegen der vorhandenen Querlage, der Grösse des Kindes und der vorausgegangenen Vaginofixation wird am 24. April 1896 die Sectio caesarea vaginalis ausgeführt. Die mit grossen Spiegeln eingestellte Portio wird seitlich mit 2 Kugelzangen gefasst, das hintere Scheidengewölbe ca. 7 cm weit nach abwärts sagittal gespalten, das Peritoneum stumpf von der Vaginalwand und hinteren Uteruswand abgelöst. Sagittale Spaltung der hinteren Cervixwand, worauf profuse Blutung — durch Klemmen gestillt — schrittweise Spaltung der Uteruswand bis zu einer Länge von ca. 8 cm nach vorheriger Anlegung von je 2 Umstechungsnähten zu beiden Seiten der Schnittlinie. Sagittale Spaltung des vorderen Scheidengewölbes, Ablösung der Blase von der vorderen Vaginal- und Uteruswand, Spaltung der letzteren ebenfalls in einer Ausdehnung von 8 cm nach vorheriger seitlicher Umstechung. Hervorwölbung der Fruchtblase, geringe Blutung aus den gesetzten Scheiden- u. Uteruswunden, Entfernung der Klemmen und Spiegel, Sprengung der Blase, Wendung auf dem unteren linken Fuss und Extraktion des 4750 gr schweren, leicht asphyktischen Kindes. Entfernung der sofort nach der Extraktion des Kindes in die Vulva getretenen Nachgeburt, Tamponade des sich gut kontrahierenden Uterus mit Jodoformgaze. Hierauf Vernähung der oberen Hälfte der vorderen, dann die der ganzen hinteren Uteruswunde, zum Schluss die der unteren Hälfte der vorderen Uteruswunde mit Catgutknopfnähten (Entfernung der Umstechungsnähte beim Fortschreiten der Naht). Naht der vorderen und hinteren Scheidenwunde.

Die Wöchnerin hatte in den ersten Tagen starke Nachwehen nährte aber mit dem besten Erfolg. Der Uterus bildete sich gut zurück. Am 6., 7. und 8. Tage des Wochenbetts Abendtemperatur bis 38,4. Patientin klagt über Schmerzen in der r. Seite. Am 7. Mai

steht die Wöchnerin auf und wird am 9. Mai mit ihrem kräftig gediehenen Kinde als geheilt entlassen.

Der Befund am 8. Mai war folgender:

Introitus und Vagina bequem für 2 Finger durchgängig, Uterus in normaler Lage, stark anteflektiert, ca. faustgross, trotz einer geringen Verdickung der hinteren Abschnitte des rechten Parametrium beweglich.

Die Laquearwunden sind per primam geheilt, die kurze Portio zeigt leichte Einkerbungen, der Muttermund ist eng.

Fall 2. Seiffart 2. Dez. 1897.

37jährige, VII. Gravida, am Ende der Schwangerschaft mit faustgrossem jauchendem Portiocarcinom. Abtragung und energische Desinfektion des Carcinoms resp. des Cervixstumpfes. Umschneidung der vorderen Muttermundslippe, Abbindung der Ligamenta cardinalia, Ablösung der Harnblase, Spaltung der vorderen Uteruswand, Sprengung der Blase und weitere Spaltung. Da Wendung nicht möglich, schwierige Zangenextraktion eines lebenden 4500 gr schweren Knaben. Nach Lösung der Placenta völlige Spaltung des Uterus in 2 Hälften, Abklemmung der Ligamente und Tamponade des Douglas. Tod der Patientin am 2. Tage unter dem Bilde der Herzlähmung.

Fall 3. Dührssen 13. Okt. 1898.

Frau W., 25 Jahre alt, I. gravida, am Ende der Schwangerschaft von gracilem Körperbau. Gesicht gedunsen und cyanotisch, Atmung sehr erschwert, starkes Oedem der unteren Extremitäten und der Gegend über der Symphyse. Mitralisinsufficienz mit hochgradiger Kompensationsstörung, Dilatation beider Ventrikel und beginnendes Lungenödem.

Wegen dieses bedrohlichen Zustandes wird nun die Sectio caesarea vaginalis gemacht.

Aethernarkose in sitzender zuletzt liegender Stellung. Atmung beängstigend, Puls leidlich.

Rechtsseitige Scheidendammincision wegen Enge des Introitus, wodurch die Vagina zum Klaffen gebracht wird. Fassen der Portio seitlich mit 2 Kugelzangen, die durch Fadenzügel ersetzt werden.

Sagittaler ca. 4 cm langer Schnitt durch das vordere Scheidengewölbe. Auf das untere Ende dieses Schnittes wird jederseits noch ca. 1 cm langer Querschnitt gesetzt, wodurch die dünne vordere Cervixwand freigelegt wurde, die nun ca. 5 cm weit nach oben gespalten wird. Sagittale Spaltung der hinteren Lippe und hinteren Scheidenwand, Ablösung des Peritoneum des Douglas von der hinteren Cervixwand, 4—5 cm

lange Spaltung der hinteren Cervixwand in der Fortsetzung des hinteren Portioschnittes. Blutung auffallend gering, das Blut fast schwarz.

Die Fruchtblase wölbt sich aus der entstandenen Oeffnung hervor, der Operateur führt eine Hand durch letztere ein, fasst den rechten Fuss, macht die Wendung und kann ohne Schwierigkeit das Kind extrahieren, ein kaum asphyktisches, völlig ausgetragenes Mädchen. Unmittelbar nach der Extraktion des Kindes Exitus letalis der Mutter.

Während der Wiederbelebungsversuche Lösung der Placenta, Naht der hinteren, dann der vorderen Uteruswunde durch die ganze Wanddicke durchsetzende Seidensuturen: Naht der Wunden in den Scheidengewölben durch 2 fortlaufende Catgutfäden und der Scheidendammwunde durch einen solchen. Dauer der Operation bis zum Sichtbarwerden des Fusses 5 Minuten, im Ganzen ca. 20 Minuten.

Fall 4. Döderlein:

Frau M. H., 38 Jahre alt, X. para, am 12. Jan. 1899 in die Frauenklinik zu Tübingen aufgenommen. Menstruation mit 16 Jahren 4tägig, stark, alle 4 Wochen.

Nach Eintritt der Regel überstandene Krankheiten: Wochenbettfieber im Anschluss an die 3. Geburt (Abort im 4. Monat).

Verlauf früherer Schwangerschaften, Geburten, Wochenbetten, gut.

Letzte Regel: Ende April, stark, 4tägig.

Erste Kindsbewegung nach 4½ Mt. Befinden in der Schwangerschaft: Schmerzen im Unterleib vor 4 Wochen, weshalb Patientin zum Arzt ging, der sie untersuchte. Nach der Untersuchung starke Blutung. Vor 5 Tagen zweite Blutung, die 2 Tage andauerte.

Was den Allgemeinzustand anlangt, so ist der Puls regelmässig, Knochenbau gracil, Herz normal, Ernährungszustand gut, Muskulatur kräftig, die Haut zeigt frische und alte Striae, die Luftwege weisen nichts Abnormes auf, an beiden Unterschenkeln Oedeme, im Urin kein Eiweiss.

Aeussere Untersuchung: Brüste halbkugelig, hängend, Warzen gut abstehend, Vorhof pigmentiert. Grösse mittel, Drüsensubstanz kräftig entwickelt, Fett gering, Inhalt Colostrum. Fundus uteri steht 2 Querfinger unter dem Proc. xiph., kleine Teile rechts, Rücken links. Kopf beweglich über dem Becken, Herztöne sind links unter dem Nabel zu hören. Leibesumfang 95 cm, Nabelhöhe 20 cm. Höhe des Fundus uteri: a) Bandmass 30 cm, b) Tasterzirkel 24½ cm. Entfernung zwischen Symphyse und Proc. xiphoideus 39 cm, Becken-

umfang 94 cm, Sp. il. 28 cm, Cr. il. 29 cm, Troch. 32 cm. Promontorium nur mit Mühe erreichbar.

Innere Untersuchung: Scheideneingang weit, Carunculae myrtiformes, Weinhefenfarbe, Harnröhrenwulst verdickt. Der vorliegende Kindsteil ist der Kopf, steht 3 Querfinger oberhalb der Interspinallinie, ist beweglich.

Der Scheidenteil der Gebärmutter steht in der Höhe der Interspinallinie.

Die rechte Partie der hinteren Lippe ist derb infiltriert und in einen hünereigrossen Tumor umgewandelt, die vordere Muttermundlippe ist etwa 1 cm lang, fühlt sich weich, aufgelockert an, Blutung bei der Untersuchung. Der Saum des äusseren Muttermundes ist dickwulstig, letzterer für den Finger geöffnet. Die Form desselben ist quer und lippenförmig geschlitzt. Das Kreuzbeingelenk ist beweglich, die Parametrien scheinen frei zu sein.

Notizen über den Geburtsverlauf: Nachdem die Diagnose Portiocarcinom gestellt war, wird am 13. Jan. mittags 12 Uhr ein Bougie eingelegt. Blasensprung 4 Uhr p. m., Wehenbeginn 8 Uhr abends. Am 14. Jan. morgens $4^1/_2$ Uhr Temperatur 38,3, Entfernung des Bougies und der Jodoformgaze. Morgens $^1/_2$9 Uhr ist die Temperatur auf 37,5 in der Achselhöhle abgefallen. Muttermund 3markstückgross, Kopf steht im Beckeneingang fixiert in 1. Schädellage. Da es unwahrscheinlich ist, dass der Muttermund sich genügend erweitert (wegen seiner Rigidität) wird, zugleich mit Rücksicht auf die Bösartigkeit der Neubildung (Carcinom der Portio) der Kaiserschnitt per vaginam nach Dührssen mit Totalexstirpation des Uterus von Herrn Prof. Dr. Döderlein ausgeführt.

Operationsgeschichte: Bei 5markstückgrossem Muttermund, mässigen Wehen (nach Bougierung) und abgeflossenem Fruchtwasser wird in Aethernarkose zunächst mit dem Thermokauter das vordere Scheidengewölbe quer umschnitten und nach Ablösung der Blase das Peritoneum eröffnet. Es folgt eine mediane, bis über den inneren Muttermund reichende tiefe, in die vordere Uteruswand sich erstreckende Incision, ferner je eine bis ins Scheidengewölbe reichende Cervixincision links und hinten. Jetzt ist der Cervix für die Hand durchgängig und es wird an den im Beckeneingang in 1. Schädellage stehenden Kopf die Zange im 2. Schrägdurchmesser angelegt und ohne Schwierigkeit mit wenigen Traktionen der Kopf entwickelt; eine doppelte straffe Nabelschnurumschlingung um den Hals muss zwischen zwei Klemmen durchschnitten werden; schon während der

1. Cervixincision ging reichlich Meconium ab, Herztöne noch hörbar; die Frucht kommt asphyktisch, ist nach ca. 5 Minuten wieder belebt. Das Gewebe ist hochgradigst hyperämisch und ausserordentlich weich und zerreissbar. Nach der Geburt des Kindes tritt eine starke Blutung auf, teils aus den gesetzten Scheiden-Cervixwunden, teils aus dem Uterus (Placentarlösung).

Es wird nun rasch mit Zangen und Häckchen der Uterus samt der noch in ihm befindlichen Placenta nach abwärts gezogen und durch die vordere Scheidenwunde hervorgestülpt, was infolge der Weichheit und Modellierfähigkeit des Uterus ohne Mühe gelingt. Die Blutung ist von jetzt ab mässig, nicht stärker als bei der gewöhnlichen Totalexstirpation. Die Ligamenta infundibulopelvica werden beiderseits mit je einer Ligatur versenkt und die Ligamenta lata im übrigen mit Klemmen abgeklemmt. Schliesslich wird von innen nach aussen das hintere Scheidengewölbe eröffnet und der Uterus mit der Scheere vollends abgetragen.

Jodoformgazetamponade in Beckenhochlagerung, sehr reichlich zum Schutze der Vaginalwunde gegen den Druck der Klammern. Die ganze Operation dauerte 20 Minuten, der Blutverlust betrug in toto (gewogen) 500 gr. Urin post operationem klar, Puls stets gut. Die Länge des exstirpierten Uterus, vom Fundus bis zum äusseren Muttermund beträgt 20 cm, die grösste Breite 16 cm, die Dicke der Wandung 8 cm (vordere und hintere Wand je 4 cm). Gewicht 1000 gr. Placenta (sass vorne im Corpus mit centraler Nabelschnurinsertion) 18 : 12 : 4 cm. Gewicht 500 gr. Die Decidua vera ist durch imbibiertes Meconium gelb verfärbt.

Ueberblicken wir noch einmal kurz die Ergebnisse der 4 oben angeführten Operationen, so ist das Resultat folgendes:

Im Fall 1 (Dührssen) Mutter und Kind gerettet.

Im Fall 2 (Seiffart) Kind gerettet, Mutter am 2. Tage nach der Operation gestorben. Wenn Dührssen nun über den unglücklichen Ausgang der Operation bezüglich der Mutter sagt „der Todesfall in Fall 6 (Seiffart) hätte sich vielleicht vermeiden lassen, wenn der vaginale Kaiserschnitt genau nach meinen Vorschriften, nämlich unter Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand, ausgeführt worden wäre", so kann man dieser Behauptung nicht so ohne weiteres beistimmen, vielmehr glaube ich mit Fehling annehmen zu müssen, dass Sepsis, von dem jauchenden Carcinom ausgehend, als Todesursache anzusehen ist. Denn dass von einem schon jauchenden Carcinom auch bei peinlichster Beobachtung

der Regeln der Anti- bezw. Aseptik während resp. durch die Vornahme einer Operation Sepsis hervorgerufen werden kann, lässt sich nicht bestreiten, vielmehr hat diese Annahme sehr viel für sich. Auch würde Sepsis als Todesursache angenommen die Spaltung der hinteren Uteruswand, deren Unterlassung von Dührssen als den Tod der Mutter vielleicht verursachend hinstellt, durchaus nichts an dem allerdings beklagenswerten Ausgang geändert haben.

Im Fall 3 (Dührssen) Kind gerettet, Mutter unmittelbar nach Extraktion des Kindes gestorben. Dührssen macht für den Todesfall allein den Umstand verantwortlich, „dass hier die Operation an der Moribunden vorgenommen wurde". Dabei betont Dührssen mit Recht, dass man doch nicht mehr verlangen könne, als dass bei einer I. para das Kind in 5 Minuten lebensfrisch zu Tage befördert wird, wie es hier thatsächlich der Fall war. Andererseits aber fragt es sich — gerade wegen des schlimmen Ausganges für die Mutter trotz der äusserst raschen Entwicklung des Kindes — ob nicht der jedenfalls nicht unbedeutende, durch die Scheidendammincision, sowie durch die ausgiebige Spaltung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes sowie die der vorderen und hinteren Cervixwand hervorgerufene Blutverlust in ursächlichem Zusammenhang mit dem Tode „der Moribunden" steht. Angaben über den stattgehabten Blutverlust fehlen allerdings. Ferner ist in Anbetracht des plötzlichen Todes der Mutter während der Operation noch zu erwägen, ob nicht mit Hintansetzen des kindlichen Lebens das Leben der Mutter hätte gerettet werden können durch unblutige Dilatation des Cervix mit nachfolgender Perforation des lebenden Kindes.

Wesentlich erfreulicher und zur Nachahmung entschieden aufmunternd ist das Resultat in Fall 4 (Döderlein), wo am Ende der Schwangerschaft der Ausgang für Mutter und Kind gleich günstig war. Allerdings ist auch hier die Indikation eine andere gewesen und die Indikationsstellung ist besonders bei geburtshilflichen Operationen immer von grösster Wichtigkeit. Auch ist derselben von jeher bei allen geburtshilflichen Operationen grosse Aufmerksamkeit geschenkt worden. Jedenfalls ist die Indikationsstellung von entschieden grösserer Bedeutung als der Umstand, dass Dührssen diese von ihm erdachte und zuerst ausgeführte Operation mit dem Namen Sectio caesarea vaginalis belegt hat, einem Namen den Thorn meines Erachtens mit Unrecht angegriffen hat. Dagegen scheint mir Dührssen in der Indikationsstellung entschieden zu weit gegangen zu sein.

Indes will ich hier gleich der Besprechung der Indikationen, die im folgenden in der Reihenfolge, wie sie Dührssen aufgestellt hat, geschehen soll, eine wichtige Bemerkung vorausschicken.

Es sind hier namentlich zwei Punkte zu berücksichtigen, die bei der Indikationsstellung und der durch sie teilweise bedingten Wertbemessung der Operation sehr ins Gewicht fallen. Der eine Punkt spricht sehr zu Gunsten der Sectio caesarea vaginalis, ich meine damit den grossen Vorteil, dass sie nicht nur während der Schwangerschaft, sondern auch, wie besonders der Fall Döderlein beweist, am Ende derselben mit Erfolg ausgeführt werden kann. Die Sectio caesarea vaginalis wird besonders mit Berücksichtigung des letzterwähnten Zeitabschnittes der Schwangerschaft bei richtiger Indikationsstellung eine segensreiche Operation werden, vorausgesetzt, dass eine Bedingung erfüllt ist und dies führt uns zum zweiten wichtigen und leider den Wert der Operation wesentlich herabstimmenden Punkt. Es ist dies der Umstand, dass am Ende der Schwangerschaft die Sectio caesarea vaginalis mit Erfolg natürlich nur dann ausgeführt werden kann, wenn die räumlichen Beckenverhältnisse eine Entwicklung der Frucht per vias naturales zulassen d. h. bei genügend weitem Becken. Und dadurch erfährt die Dührssen'sche Operation entschieden eine wesentliche Einschränkung. Denn selbst zugegeben, dass bei nur wenig verengtem Becken die Entwicklung der Frucht gelingt, so fällt doch die Häufigkeit des engen Beckens (14 – 20% aller Fälle) wesentlich einschränkend in Betracht. Auch kann hier die Grösse des kindlichen Kopfes noch angeführt werden, doch nimmt man diese für gewöhnlich als eine feststehende an.

Somit bleibt eine immerhin nicht zu unterschätzende Anzahl von Fällen übrig, in welchen sich der klassische Kaiserschnitt nicht umgehen lässt und in anderen Fällen treten wieder andere bisher gebräuchliche Methoden z. B. die Einleitung des künstlichen Abortes event. der Frühgeburt oder auch die Perforation der Frucht in Konkurrenz mit der Sectio caesarea vaginalis. Uebrigens ist sich Dührssen dieses Missstandes vollständig bewusst und spricht das auch ganz deutlich aus in den Worten:

„Wenn ich den Fortschritt, welcher durch den vaginalen Kaiserschnitt erreicht ist, mit wenig Worten charakterisieren darf, so ist es der, dass wir, abgesehen von den Fällen von stärker verengtem Becken, jetzt im Stande sind, den Uterus zu jeder beliebigen Zeit der Schwangerschaft oder der Geburt ohne Beihilfe der Wehenthätigkeit und in kurzer Zeit auf vaginalem Wege zu entleeren und

dabei, falls das Kind überhaupt lebensfähig ist, auch ein lebensfähiges Kind zu erzielen."

Gehen wir nun zur Besprechung der von Dührssen gestellten Indikation über, so muss man Dührssen ganz gewiss darin beipflichten, dass er in die erste Reihe der Indikationen stellt: das Carcinom des Cervix. Denn dies ist und bleibt die vornehmste Indikation zur Sectio caesarea vaginalis. Auch sind die bis jetzt nach der Vorschrift von Dührssen operierten Fälle fast alle wegen dieses Leidens nach der Dührssen'schen Methode behandelt worden. Auch in Zukunft wird das Carcinom des Cervix die häufigste Veranlassung zur Sectio caesarea vaginalis geben, zumal die Operation mit Erfolg auch am Ende der Schwangerschaft vorgenommen und unmittelbar daran die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus angeschlossen werden kann. Es wird durch die rechtzeitige Vornahme der Dührssen'schen Operation ohne Zweifel die bis jetzt noch recht ungünstige Prognose für Mutter und Kind besser, für letzteres besonders wenn am Ende der Schwangerschaft das Carcinom noch operabel ist.

Auch darin muss man Dührssen unbedingt Recht geben, dass wenn aus obiger Indikation operiert wird, mit der vaginalen Exstirpation des Uterus nicht zugewartet werden darf, namentlich nicht in der durchaus falschen Annahme, als sei der puerperale Uterus zu gross für die sofortige Exstirpation. Hat doch Doederlein den Uterus samt der noch in ihm befindlichen Placenta nach abwärts gezogen und durch die vordere Scheidenwunde ohne Mühe hervorgestülpt. Dührssen, Fritsch und Fehling verlangen allerdings strikte sofort nach Extraktion des Kindes Entfernung der Placenta. Dass dies nicht immer der Fall zu sein braucht, beweist eben der Fall Döderlein.

Weit wichtiger freilich und schwieriger zu beantworten ist die Frage:

Wann soll bei Carcinoma cervicis operiert werden? Einfach ist die Beantwortung bei operablem Carcinom und lebendem sowie lebensfähigem Kinde. Denn hier kann und muss unter allen Umständen sofort operiert werden. Anders liegt die Sache bei operablem Carcinom in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Im Interesse der Mutter ist allerdings sofortige Operation geboten, ohne Rücksicht auf das kindliche Leben resp. auf die durch die Operation stattfindende Zerstörung desselben. Dührssen will nun in diesem Falle die Operation gemacht wissen ohne jegliche Rücksicht auf das

kindliche Leben. Und weil unter allen Umständen das Leben der Mutter höher anzuschlagen ist als das des Kindes, so wird man Dührssen im allgemeinen zustimmen können, selbst auf die Gefahr hin von Moralisten und Theologen angegriffen zu werden. Bei inoperablem Carcinom wartet Dührssen mit Recht bis zur Lebensfähigkeit des Kindes. Ob als s. g. Palliativoperation die Exstirpation des Uterus vorgenommen werden kann, richtet sich nach der Beschaffenheit des einzelnen Falles. Doch dürften durch die Exstirpation für die unglücklichen Frauen viele Schmerzen und Unannehmlichkeiten für längere Zeit erspart bleiben, und der Weg zur Exstirpation steht ja schon offen.

Als zweite Indikation führt Dührssen Myome des Cervix und unteren Uterinsegments auf.

Dass Myome in beschränkter Anzahl die Sectio caesarea vaginalis indicieren können und dass die Operation aus dieser Indikation vielleicht gemacht werden wird, lässt sich nicht ohne weiteres leugnen, zumal ja schon in bedrohlichen Fällen der klassische Kaiserschnitt oder die Porro'sche Operation ausgeführt worden ist. Treten solche bedrohliche Zufälle von Seite der Myome ein, so wäre allerdings die Sectio caesarea vaginalis dem klassischen Kaiserschnitt wegen ihrer geringeren Gefährlichkeit entschieden vorzuziehen. Andererseits aber muss davor gewarnt werden, allzufrüh wegen eines Myoms zur Operation zu schreiten, da ja während oder am Ende der Schwangerschaft auch grosse Myome — und um solche kann es sich hier ja fast ausschliesslich nur handeln— stark abgeplattet oder zu ödematöser Erweichung gebracht werden können, so dass sie ein ernstliches Hindernis für den Durchtritt des Kindes nicht mehr abgeben. Ferner tritt nicht selten Abort und Frühgeburt bei Myom spontan auf.

Vor allem kommt es auf den Sitz der Myome an. Subseröse Myome kommen kaum in Betracht, was die durch sie hervorgerufenen Geburtshindernisse betrifft.

Interstitielle Myome können mit dem Uterus während der Gravidität in die Höhe steigen, was namentlich bei Cervixmyomen der hinteren Lippe der Fall zu sein pflegt. Sitzen aber subseröse und interstitielle Myome tief an der Cervix, so können sie ernstliche Geburtshindernisse hervorrufen. Dann aber treten immer noch Einleitung der künstlichen Frühgeburt und besonders die Perforation mit der Sectio caesarea vaginalis in Konkurrenz.

Ferner kann man durch Einhalten gewisser Lagen die Myome

aus dem Becken herauszudrängen suchen und des weiteren lässt sich bei Eintritt der Geburt durch möglichst genaue Ueberwachung derselben bei peinlichster Einhaltung der Regeln der Desinfektion manches Unheil verhüten. Somit lässt sich wohl in der allergrössten Mehrzahl der Fälle von Myom die Vornahme der Sectio caesarea vaginalis vermeiden. Treten jedoch ganz bedrohliche Erscheinungen auf und zwingen sie zu raschem energischem Eingreifen, dann kann immerhin der vaginale Kaiserschnitt versucht werden.

Dritte Indikation: Rigidität des ganzen Cervix.

Es ist dies eine bei Erstgebährenden im Alter von über 40 Jahren ziemlich häufige Erscheinung. Glücklicherweise ist aber meist nicht der ganze Cervix rigide, vielmehr ist es gewöhnlich der ringförmige Saum des äusseren Muttermundes, der sich trotz heftiger Wehen nicht ausdehnt und so ein Geburtshindernis abgibt, während die obere Partie des Cervix sich in der Regel genügend erweitert. Ich sage glücklicherweise. Denn wir besitzen in der unblutigen Dilatation des äusseren Muttermundes ein weniger heroisches Mittel, um zum Ziele zu gelangen, als die Vornahme der Sectio caesarea vaginalis; obwohl letztere nicht als eine gefährliche und heroische Operation anzusehen ist, so ist sie doch viel eingreifender als man von vornherein anzunehmen geneigt sein könnte, da sie hier zumeist an Erstgebährenden vorzunehmen wäre und deshalb in den meisten Fällen noch eine Scheidendammincision vorgenommen werden müsste, ganz abgesehen von den eventuellen Folgen bei späteren Geburten. Man wird also zunächst die unblutige mechanische Dilatation der verengten Partie versuchen. Kommt man damit nicht zum Ziele, dann wird man, zumal bei durch langes Kreisen abgestorbener Frucht, die Perforation vornehmen und die Extraktion mit Hilfe des Cranioclasten versuchen, eventuell unter Zuhilfenahme von Incisionen in den äusseren Muttermundsring. Wäre allerdings auch der innere Muttermund nicht erweitert und erweiterungsfähig, so wäre als ultimum refugium der vaginale Kaiserschnitt zu machen.

Vierte Indikation: Stenosen des Cervix und der benachbarten Scheidenpartien.

Falls diese so hohe Grade erreichen, dass der klassische Kaiserschnitt oder die Porro'sche Operation indiciert erscheint, so wird man jetzt mit Recht lieber die ungefährlichere Sectio caesarea vaginalis machen.

Fünfte Indikation:

Die partielle sackförmige Erweiterung des unteren Gebärmutter-

abschnittes wird nur in einer verschwindend kleinen Anzahl zur Vornahme des vaginalen Kaiserschnittes zwingen.

Im weiteren stellt nun Dührssen die Indikationen auf, die sich für ihn ergeben aus lebensgefährlichen Zuständen der Mutter, die durch Entleerung des Uterus beseitigt oder gemildert werden können.

1) Glottisödem und Struma:

Aus dieser Indikation dürfte wohl nach wie vor die bisher übliche Einleitung der künstlichen Frühgeburt und falls bedrohliche Erscheinungen zu einer früheren Zeit der Schwangerschaft eintreten die Einleitung des künstlichen Abortes beibehalten werden. Allerdings hat Dührssen Recht mit der Behauptung, man könne durch den vaginalen Kaiserschnitt die Wehenthätigkeit ausschalten, da man ja die Operation vor Eintritt derselben vornehmen kann, falls man sich ohne weiteres zu der immerhin eingreifenden Operation entschliesst und die betreffenden Patienten darauf eingehen. Zudem wären bei Glottisödem in erster Linie andere Mittel zu versuchen, wie Applikation von Blutegeln an beiden Seiten des Halses, Scarifikation event. Tracheotomie. Somit dürfte wohl in der allergrössten Mehrzahl der Fälle dieser Art der vaginale Kaiserschnitt zu umgehen sein.

Ebenso dürfte es sich bei den beiden nächstfolgenden Indikationen von Dührssen verhalten. Es sind dies Bronchitis und Pneumonia fibrosa. Hinsichtlich der letzteren ist zu bemerken, dass sie glücklicherweise bei Schwangeren selten vorkommt. Tritt sie aber zu einer Zeit der Schwangerschaft auf, in der das Kind lebend und lebensfähig ist, so wäre wegen der grossen Gefahr, die durch die Wehen für die Cirkulation geschaffen werden, die Vornahme der Sectio caesarea vaginalis immerhin im Interesse für Mutter und Kind gerechtfertigt. In anderen Fällen wird man zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt z. B. bei Bronchitis resp. des künstlichen Abortes oder zur Perforation der Frucht greifen müssen.

Ob bei der nächstfolgenden Krankheit „Lungentuberkulose" der vaginale Kaiserschnitt indiciert erscheint, wird sich wesentlich nach dem Zustand der tuberkulösen Mutter richten, d. h. nach dem Stadium der Phthise, in dem sich die Mutter befindet. Dass z. B. nach starken Lungenblutungen noch eine mit nicht zu unterschätzendem Blutverlust verbundene Operation im Interesse eines vielleicht tuberkulösen Kindes indiciert ist, kann man mit Recht bezweifeln.

Aus der nächsten Indikation, Herzfehler, hat Dührssen schon

einmal operiert, aber nur ein lebendes Kind erzielt, während die Mutter unmittelbar nach der Extraktion des Kindes starb. Allerdings führt Dührssen an, dass die Operation an der Moribunden vorgenommen wurde. Demgegenüber muss zunächst ausdrücklich betont werden, dass doch, bevor bedrohliche Erscheinungen aufgetreten sind, der vaginale Kaiserschnitt überhaupt nicht in Frage kommen kann, vielmehr die Einleitung der künstlichen Frühgeburt event. Perforation in ihr Recht tritt. In anderen Fällen wird man die Geburt der Natur überlassen können, nicht zum Schaden für Mutter und Kind. Ferner beweist gerade der unglückliche Ausgang in Fall 3 (Dührssen), dass „mit Entleerung des Uterus die gestörte Kompensation sich sehr verschlimmern kann". Denn Herztod werden wir in diesem Falle doch wohl annehmen müssen, schon wegen des plötzlichen Eintritts. Ausserdem ist der Fall noch insofern interessant und lehrreich als Dührssen nach Fritsch den Satz anführt: „Eine Besserung tritt ein (nämlich mit Entleerung des Uterus) bei Dilatation des rechten Ventrikels" und nach dem Sektionsbefund die Vergrösserung besonders die rechte Herzhälfte betrifft und der rechte Ventrikel stark dilatiert ist. Somit spräche der Fall Dührssen wegen seines unglücklichen Ausganges trotz der nach obigem relativ günstigen Vorbedingung (Dilatation des rechten Ventrikels) zu Ungunsten der Vornahme der Sectio caesarea vaginalis bei Herzfehler und dürfte dadurch der Satz Dührssen's: „Da übrigens die meisten bei Schwangeren beobachteten Herzfehler Mitralfehler sind, so ist im Allgemeinen von der Entleerung des Uterus eine Besserung der Kompensationsstörung zu erwarten" einen Stoss erhalten. Man wird also wohl vorerst noch bei den bisher in solchen Fällen gebräuchlichen geburtshilflichen Operationen bleiben.

Während wir uns bisher nur mit der ersten von Dührssen aufgeführten Indikation (Carcinom des Portio) ganz einverstanden erklären konnten, kommen im folgenden nun 2 Indikationen, denen man im Allgemeinen zustimmen kann. Es gilt dies vor allem für die Eclampsie, eine für Schwangere so ungemein gefährliche Erkrankung.

Unter allen Umständen ist hier die Sectio caesarea vaginalis indiciert bei lebendem und lebensfähigem Kinde, da durch diese Operation der Uterus aufs rascheste entleert werden kann, worauf es ja in diesen Fällen so gut wie allein ankommt. Tritt aber der eclamptische Anfall, wie es häufig zu geschehen pflegt, in der Austreibungsperiode auf, so tritt wohl die Zange in ihr Recht.

Bei Uraemie in der vorgeschritteneren Zeit der Schwangerschaft oder vollends am Ende derselben wird man wohl im Interesse des Kindes ebenfalls den vaginalen Kaiserschnitt vornehmen. Ob aber die Prognose für die Mutter in diesen Fällen eine günstigere wird, ist zweifelhaft. Doch mag die Operation immerhin auch im Interesse der Mutter gerechtfertigt sein.

An die Eclampsie und Uraemie reiht sich an die vorzeitige Lösung der Placenta. Dieselbe birgt allerdings die Gefahr der inneren Verblutung in sich, allein so ohne weiteres rechtfertigt sie die Vornahme der Sectio caesarea vaginalis nicht.

Tritt sie zu einer früheren Zeit der Schwangerschaft ein, so giebt sie Veranlassung zu Abort oder Frühgeburt und wären diese sodann durch geeignete Mittel zu beschleunigen. Tritt sie aber, was häufig bei Placenta praevia der Fall ist, im Beginn der Geburt auf, so ist, zumal oft schon der innere Muttermund für einen Finger durchgängig ist, die kombinierte Wendung auf den Fuss auszuführen und die Extraktion soweit auszuführen, dass der Steiss des Kindes einen genügenden Druck auf die blutenden Stellen ausübt. Da durch die Tamponade von Seiten des Steisses die Blutung zumeist steht, so kann man von jetzt ab ruhig zuwarten bis die mütterlichen Wege vollends eröffnet sind. Da sich hierdurch bei gehöriger Beobachtung der Regeln der Antisepsis sehr gute Resultate erzielen lassen, so dürfte von dem vaginalen Kaiserschnitt hier in den weitaus meisten Fällen ebenfalls Abstand genommen werden. Hat doch Dührssen selbst in 35 Fällen von kombinierter Wendung keinen einzigen verloren.

In letzter Linie führt Dührssen als „lebensgefährliche Zustände der Mutter, die voraussichtlich den Tod der Mutter herbeiführen“ und so die Sectio caesarea vaginalis indicieren, folgende an: Ausgebreitete Lungentuberkulose, Gehirnkrankheiten, Vergiftungen, ausgedehnte Verbrennungen und schwere Traumen.

Bei den ersten zwei Krankheiten käme gegen Ende der Gravidität jedenfalls noch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in Betracht, da sich damit ebenfalls lebende Kinder zu Tage fördern lassen.

Bei Vergiftungen, ausgedehnten Verbrennungen und schweren Traumen ist die Hoffnung, das kindliche Leben zu retten, im allgemeinen eine geringe. In den beiden ersten Fällen dürfte jedenfalls der Zeitraum zwischen dem Beginn der Giftwirkung resp. der durch ausgedehnte Verbrennung bewirkten Blutveränderung einer-

seits und der Vornahme der Operation andererseits nur gering sein. Denn sonst müsste das kindliche Leben stark alteriert sein.

Bei schweren Traumen hat man vor allem mit der Shokwirkung, einer beinahe konstanten Begleiterscheinung derselben zu rechnen. Denn man muss doch billigerweise auch eine Einwirkung des Shok auf das kindliche Leben zugestehen. Ob aber der vaginale Kaiserschnitt im Interesse eines durch Shokwirkung zweifellos stark alterierten kindlichen Lebens gerechtfertigt ist, erscheint zum mindesten zweifelhaft.

Ueberblicken wir noch einmal kurz das soeben Besprochene, so sind es im Wesentlichen folgende Zustände, die den vaginalen Kaiserschnitt indicieren:

1) Das Carcinom der Portio.
2) Hohe Grade von Stenose des Cervix und der benachbarten Scheidenpartien.
3) Die Eclampsie.

Somit wäre nach dem Ausgeführten die Indikationsstellung Dührssen's eine viel zu weite.

Dagegen ist es ein bleibendes und grosses Verdienst Dührssen's, eine Operation zuerst angegeben und gemacht zu haben, die wegen ihrer relativen Ungefährlichkeit und schnellen Ausführbarkeit bei richtiger Indikationsstellung ausserordentlich viel Gutes zu leisten im stande ist.

Es bleibt mir nun noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, Hrn. Prof. Dr. Döderlein für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung des Materials, sowie Hrn. Assistenzarzt Dr. Sarwey für die freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur-Verzeichnis.

1) Der vaginale Kaiserschnitt von Prof. Dr. Dührssen.
2) Sammlung klinischer Vorträge, Ueber vaginalen Kaiserschnitt von A. Dührssen.
3) Centralblatt für Gynäkologie 1898 Nro. 5.
4) Heilkunde 1898 April, Ref. im Centralbl. f. Gyn. 1898 Nro. 29.
5) Münchner med. Wochenschrift 1897 Nro. 46 und 47.
6) Dührssen, Geburtshilfliches u. gynäkologisches Vademecum.
7) Schröder, Geburtshilfe.
8) Wiener med. W. 1881 Nro. 18 und 19.
9) Berliner klin. W. 1896 Nro. 13 und 14.
10) Archiv für Gyn. Band 8 und 10.